

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Stunting

Stunting merupakan keadaan tinggi badan seseorang dibawah ukuran normal sesuai umur dan jenis kelamin, serta mudah diketahui segera. Seorang anak memiliki perawakan pendek apabila tinggi badan berada dibawah 2 SD dari rata rata populasi, atau dibawah 3 kurva pertumbuhan sesuai usia dan jenis kelamin.

Berbagai keadaan dapat menyebabkan anak menjadi pendek. Salah satu klasifikasi penyebab perawakan pendek adalah :

1. Variasi normal perawakan pendek
 - Perawakan pendek familial
 - *Constitutional delayed in growth and puberty (CDGP)*
 - Perawakan pendek idiopatik
2. Gangguan pertumbuhan primer
 - Pertumbuhan janin terhambat
 - Dysplasia sketal
 - Sindrom/kelainan kromosom
3. Gangguan pertumbuhan sekunder
 - Malnutrisi
 - Penyakit kronik

4. Kelainan endokrin

- Defisiensi hormone pertumbuhan
- Defisiensi hormone tiroid
- Diabetes militus
- Kelebihan kortikosteroid

Perawakan pendek turunan (familial) merupakan diagnosis yang paling sering dijumpai ditempat praktek/klinik. Keadaan ini ditunjang oleh riwayat adanya perawakan pendek pada orang tua maupun keluarga lainnya. Tinggi badan anak dibawah rata-rata, namun kecepatan tumbuh sesuai untuk umurnya (normal), berat badan akan menyesuaikan tinggi badan yang tampak juga seolah dibawah normal dan usia tulang sesuai dengan usianya. Pada masa dewasa, anak umumnya tetap pendek.

Penyebab perawakan pendek lainnya yang sering ditemukan terutama di negara berkembang adalah malnutrisi. Defisiensi nutrisi terjadi secara berkepanjangan menyebabkan deselerasi kecepatan pertumbuhan akibat defisiensi kalori, protein dan nutrient lain yang berperan dalam pertumbuhan seperti kalsium, vitamin D, dan seng.

Menurut WHO, perawakan pendek akibat malnutrisi dan suboptimal health disebut stunting. Stunting merupakan indikator masalah status gizi anak akibat kronis yang terkait keadaan lingkungan dan kondisi social ekonomi. Kriteria awal untuk melakukan pemeriksaan terhadap anak pendek :

1. Tinggi badan terletak dibawah persentil 3 atau dibawah tinggi rata-rata populasi
2. Kecepatan tumbuh dibawah persentil 25 kurva kecepatan tumbuh atau kurang 5 cm/tahun pada anak usia 3-10 tahun
3. Prakira tinggi dewasa dibawah potensi genetiknya
4. Kecepatan tumbuh melambat setelah umur 3 tahun, dan turun menyilang garis persentilnya pada kurva panjang/tinggi badan.¹⁷

Dampak gizi kurang yaitu pertumbuhan fisik terhambat (anak akan mempunyai tinggi badan lebih pendek), perkembangan mental dan kecerdasan terhambat, daya tahan anak menurun sehingga anak mudah terserang penyakit atau infeksi.^{11,15} Gizi buruk akan mempengaruhi banyak organ yang akan merusak system pertahanan tubuh terhadap mikroorganisme maupun pertahanan mekanik. Dampak selanjutnya dapat terjadi gangguan pertumbuhan dan perkembangan mental serta menurunnya skor IQ^{12,16}

Penurunan fungsi otak berpengaruh terhadap kemampuan belajar, kemampuan anak bereaksi terhadap rangsangan dari lingkungannya dan perubahan kepribadian anak. Anak dengan keadaan stunting tidak mengalami potensi pertumbuhan secara maksimal dan dapat menjadi remaja dan dewasa yang stunting.^{13,16}

2.2 Perkembangan Psikososial pada remaja

Masa remaja adalah masa yang ditandai oleh adanya perkembangan yang pesat dari aspek biologis, psikologis, dan juga sosialnya. Kondisi ini mengakibatkan terjadinya berbagai disharmonisasi yang membutuhkan penyeimbangan sehingga remaja dapat mencapai taraf perkembangan psikososial yang matang dan adekuat sesuai dengan tingkat usianya. Kondisi ini sangat bervariasi antara remaja dan menunjukkan perbedaan yang bersifat individual, sehingga setiap remaja diharapkan mampu menyesuaikan diri mereka dengan tuntutan lingkungannya.¹⁵

Ada 3 faktor yang berperan dalam hal tersebut, yaitu :

- 1) Faktor individu yaitu kematangan otak dan konstitusi genetic (antara lain temperamen)
- 2) Faktor pola asuh orang tua di masa anak dan pra remaja
- 3) Faktor lingkungan yaitu kehidupan keluarga, budaya local, dan budaya asing

Faktor risiko dan faktor protektif yang berkaitan dengan pembentukan kepribadian seorang remaja, antara lain :

1) Faktor Risiko

Dapat bersifat individual, kontekstual (pengaruh lingkungan) atau yang dihasilkan melalui interaksi antara individu, dengan lingkungannya. Faktor risiko yang disertai dengan kerentanan psikososial, resilience pada seorang remaja akan memicu terjadinya gangguan emosi dan perilaku yang khas pada seorang remaja.

Faktor risiko dapat berupa :

- a. Faktor Individu
- b. Faktor genetic/konstitusional, berbagai gangguan mental mempunyai latar belakang genetik yang cukup nyata, seperti gangguan tingkah laku, gangguan kepribadian, dan gangguan kepribadian, dan gangguan psikologik lainnya.
- c. Kurangnya kemampuan ketrampilan sosial seperti, menghadapi rasa takut, rendah diri, dan rasa tertekan. Adanya kepercayaan bahwa perilaku kekerasan adalah perilaku yang dapat diterima, dan disertai dengan ketidakmampuan menangani rasa marah. Kondisi ini cenderung memicu timbulnya perilaku risiko tinggi bagi remaja.
- d. Faktor Psikososial
- e. Keluarga

Ketidakharmonisan antara orang tua, orang tua dengan penyalahgunaan zat, gangguan mental pada orang tua, ketidakserasian temperamen antara orang tua dan remaja, serta pola asuh orang tua yang tidak empatetik dan cenderung dominasi, semua kondisi diatas sering memicu timbulnya perilaku agresif dan temperamen yang sulit pada anak dan remaja
- f. Sekolah
- g. Bullying merupakan salah satu pengaruh yang kuat dari kelompok teman sebaya, serta

berdampak terjadinya kegagalan akademik. Kondisi ini merupakan faktor risiko yang cukup serius bagi remaja. Bullying atau sering disebut *peer victimization* adalah bentuk perilaku pemaksaan atau usaha menyakiti secara psikologik maupun fisik terhadap seseorang atau sekelompok orang yang lebih lemah, oleh seseorang atau kelompok orang yang lebih kuat. Bullying dapat bersifat :

- a. Fisik, seperti mencubit, memukul, memalak, atau menampar.
- b. Psikologik, seperti mengintimidasi, mengabaikan, dan diskriminasi
- c. Verbal, seperti memaki, mengejek, dan memfitnah

Semua kondisi ini merupakan tekanan dan pengalaman traumatis bagi remaja dan seringkali mempersipitaskan terjadinya gangguan mental bagi remaja.

- h. *Hazing* adalah kegiatan yang biasanya dilakukan oleh anggota kelompok yang sudah senior yang berusaha mengintimidasi kelompok yang lebih junior untuk melakukan berbagai perbuatan yang memalukan, bahkan tidak jarang kelompok senior ini menyiksa dan melecehkan sehingga menimbulkan perasaan tidak nyaman baik secara fisik maupun psikis.

Bullying dan hazing merupakan suatu tekanan yang cukup serius bagi remaja dan berdampak negatif bagi perkembangan remaja. Prevalensi kedua kondisi diatas diperkirakan sekitar 10-26%. Dalam penelitian tersebut dijumpai bahwa siswa yang mengalami bullying menunjukkan perilaku yang tidak percaya diri, sulit bergaul, merasa takut datang ke sekolah sehingga angka absen menjadi tinggi, dan kesulitan dalam berkonsentrasi dikelas sehingga mengakibatkan penurunan prestasi belajar, tidak jarang mereka yang mengalami bullying maupun hazing yang terus menerus menjadi depresi dan melakukan tindakan bunuh diri.

i. Situasi dan kehidupan

Telah terbukti bahwa, terdapat hubungan antara timbulnya gangguan mental dengan berbagai kondisi kehidupan dan social masyarakat tertentu seperti kemiskinan, pengangguran, perceraian orang tua, dan adanya penyakit kronis pada remaja.

2. Faktor Protektif

Faktor protektif adalah faktor yang memberikan penjelasan bahwa tidak semua remaja yang mempunyai faktor risiko akan mengalami masalah perilaku atau emosi atau gangguan jiwa tertentu. Rutter (1985) menjelaskan bahwa faktor protektif merupakan faktor yang memodifikasi, merubah, atau menjadikan respons seseorang menjadilebih kuat menghadapi berbagai macam tantangan yang datang dari lingkungannya. Faktor protektif ini akan berinteraksi dengan faktor risiko dengan hasil akhir berupa terjadi atau tidaknya masalah perilaku atau emosi, atau gangguan mental dikemudian hari.

Thomas, dkk mengemukakan berbagai faktor protektif antara lain :

- a. Karakter atau watak personal yang positif
- b. Lingkungan keluarga yang suportif
- c. Lingkungan social yang berfungsi sebagai system pendukung untuk memperkuat upaya penyesuaian diri remaja
- d. Ketrampilan social yang baik
- e. Tingkat intelektual yang baik

Menurut E.Erikson, dengan memperkuat faktor protektif dan menurunkan faktor risiko pada seorang remaja maka tercapailah kematangan pribadi dan kemandirian sosial yang diwarnai oleh;

- a. *Self awareness* yang ditandai oleh tanda keyakinan diri serta kesadaran akan kekurangan dan kelebihan diri dalam konteks hubungan yang positif.
- b. *Role anticipation* dan *role experimentation* yaitu dorongan untuk mengantisipasi

peran positif tertentu dalam lingkungan serta adanya keberanian untuk bereksperimen dengan perannya tersebut yang tentunya disertai dengan kesadaran akan kelebihan dan kekurangan yang ada dalam dirinya

- c. *Apprenticeship* yaitu kemauan untuk belajar dari orang lain untuk meningkatkan kemampuan/ketrampilan dalam belajar dan berkarya

2.3 Antropometri Gizi

2.3.1 Definisi Antropometri Gizi

Antropometri Berasal dari kata “anthropos” (tubuh) dan “metros” (ukuran). Antropometri gizi adalah ilmu yang berkaitan dengan pengukuran dimensi tubuh dan proporsi tubuh manusia. Hasil pengukuran individu tersebut dibandingkan dengan standar yang telah ditentukan serta menjadi indikator status gizi orang tersebut. Keunggulan Pengukuran Antropometri Gizi :

- 1) Prosedur pelaksanaan sederhana, tidak invasif, dan dapat dilakukan untuk jumlah responden yang besar.
- 2) Kemudahan memperoleh alat dan harga yang cenderung murah.
- 3) Pengukuran dapat dilakukan oleh tenaga ahli maupun orang yang telah melalui pelatihan singkat.
- 4) Metode telah dibakukan.
- 5) Dapat mengetahui status gizi waktu lampau.

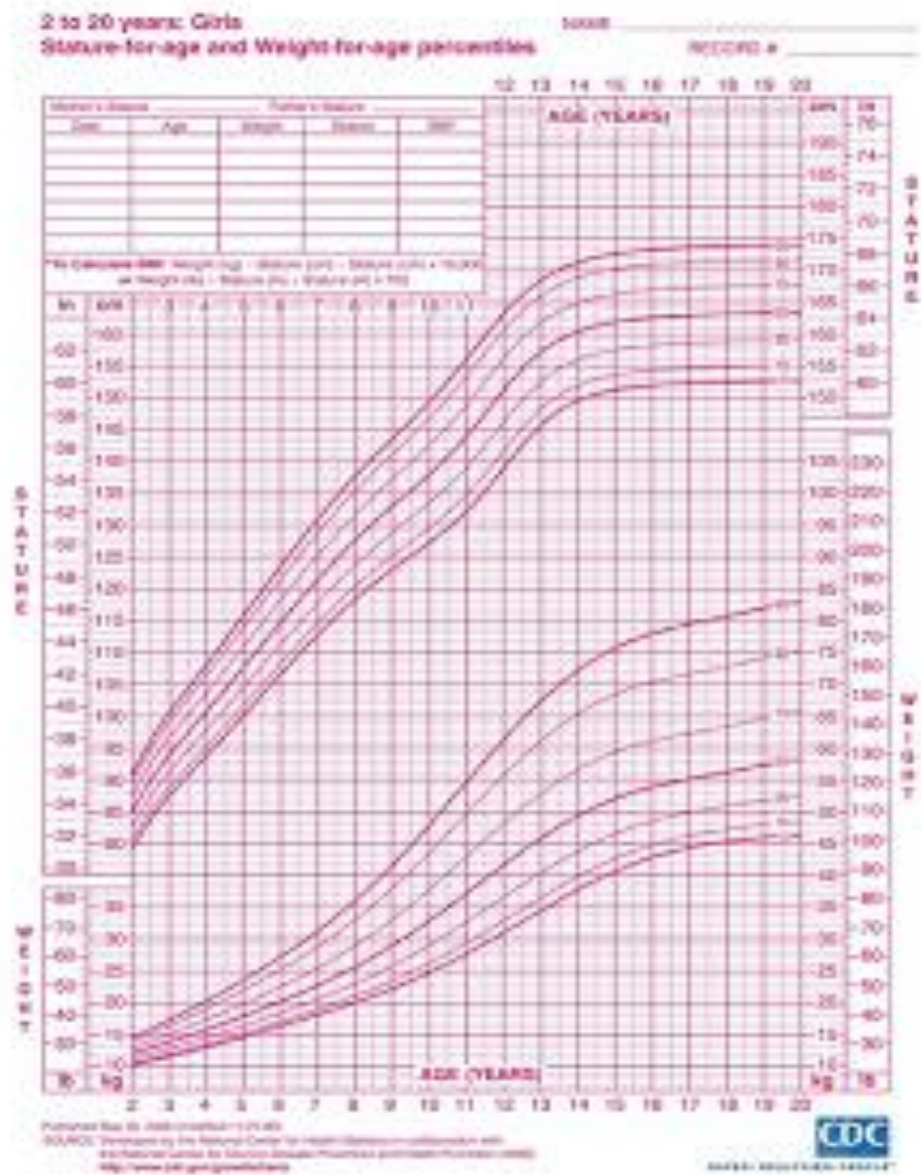
Kelemahan Pengukuran Antropometri Gizi

- 1) Tidak mampu memberikan adanya kekurangan zat gizi tertentu.
- 2) Dapat terjadi kesalahan pengukuran baik karena faktor petugas maupun alat yang tidak tertera dengan baik

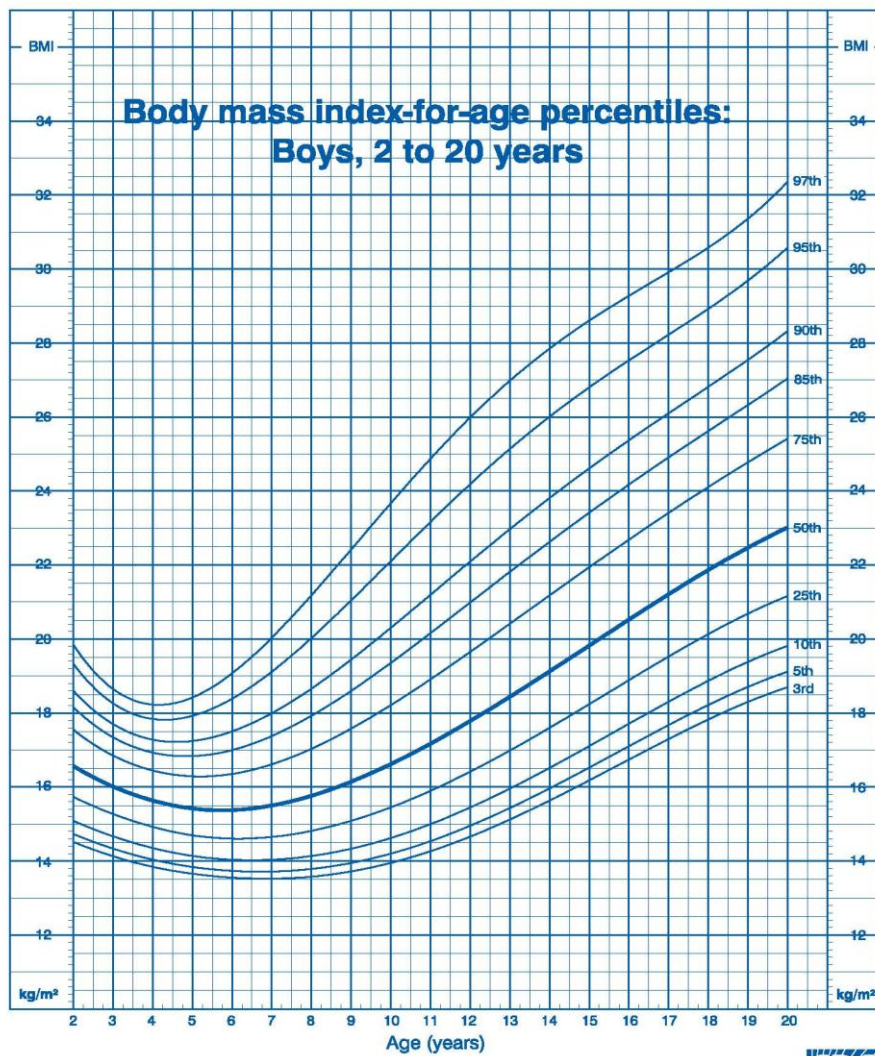
2.3.2 Grafik pertumbuhan anak normal

Dalam penilaian status gizi anak, data hasil pengukuran antropometri tidak dapat berdiri sendiri. Data tersebut dikombinasikan dengan parameter pertumbuhan lain sehingga disebut sebagai indeks antropometri. Beberapa indeks antropometri yang sering dijadikan acuan untuk menilai status gizi antara lain : tinggi badan menurut umur, berat badan menurut umur, dan berat badan menurut tinggi badan.

World Health Organization (WHO) dan Center of Disease Control (CDC) masing masing mengeluarkan grafik pertumbuhan untuk menentukan status gizi . Grafik WHO 2006 digunakan sebagai acuan untuk anak dengan usia dibawah 5 tahun, sedangkan CDC 2000 digunakan sebagai acuan untuk usia 2-20 tahun. Berikut adalah grafik pertumbuhan CDC 2000 ;



Gambar 1. Grafik pertumbuhan perempuan usia 2-20 tahun CDC 2000 (TB/U)



Published May 30, 2000.

SOURCE: Developed by the National Center for Health Statistics in collaboration with the National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion



SAFER • HEALTHIER • PEOPLE™

Figure 13. Individual growth chart 3rd, 5th, 10th, 25th, 50th, 75th, 90th, 95th, 97th percentiles, 2 to 20 years: Boys body mass index-for-age

Gambar 2. Grafik pertumbuhan anak laki-laki usia 2-20 tahun CDC 2000 (TB/U)

2.4 Strength and Difficulties Questionnaire (SDQ)

SDQ merupakan kuesioner perilaku dan emosi untuk anak usia 4 sampai 16 tahun, mudah dapat dilakukan oleh klinisi, orangtua atau guru. Kuesioner ini terdiri dari 25 poin psikologis dengan 3 interpretasi, yaitu: normal, borderline dan abnormal. Dalam kuesioner terbagi menjadi 5 bagian yang dapat dinilai, yaitu gejala emosional, masalah perilaku, hiperaktivitas, masalah hubungan antar sesama dan perilaku prososial.¹⁹

Untuk usia tiga hingga 10 tahun diisi orangtua, guru, atau pengasuh, dan usia ≥ 11 tahun diisi anak (*self-reporting*). Kuesioner terdiri dari 25 item dengan 3 interpretasi, yaitu: normal, *borderline* dan abnormal. Kuesioner terbagi menjadi lima bagian yang dapat dinilai, yaitu masalah emosi (soal nomor 3, 8, 13, 16, dan 24), masalah tingkah laku (soal nomor 5, 7, 12, 18, dan 22), hiperaktivitas-inatensi (soal nomor 2, 10, 15, 21, dan 25), masalah hubungan dengan teman sebaya (soal nomor 6, 11, 14, 19, dan 23) dan perilaku prososial (soal nomor 1, 4, 9, 17, dan 20). Pilihan jawaban tiap soal berupa tidak benar, agak benar dan benar. Jawaban tidak benar mendapat nilai 0, jawaban agak benar mendapat nilai 1, dan jawaban benar mendapat nilai 2. Kecuali untuk soal nomor 7, 11, 14, 21, dan 25 nilai dibalik di mana tidak benar dinilai 2, agak benar dinilai 1, dan benar dinilai 0.¹⁸

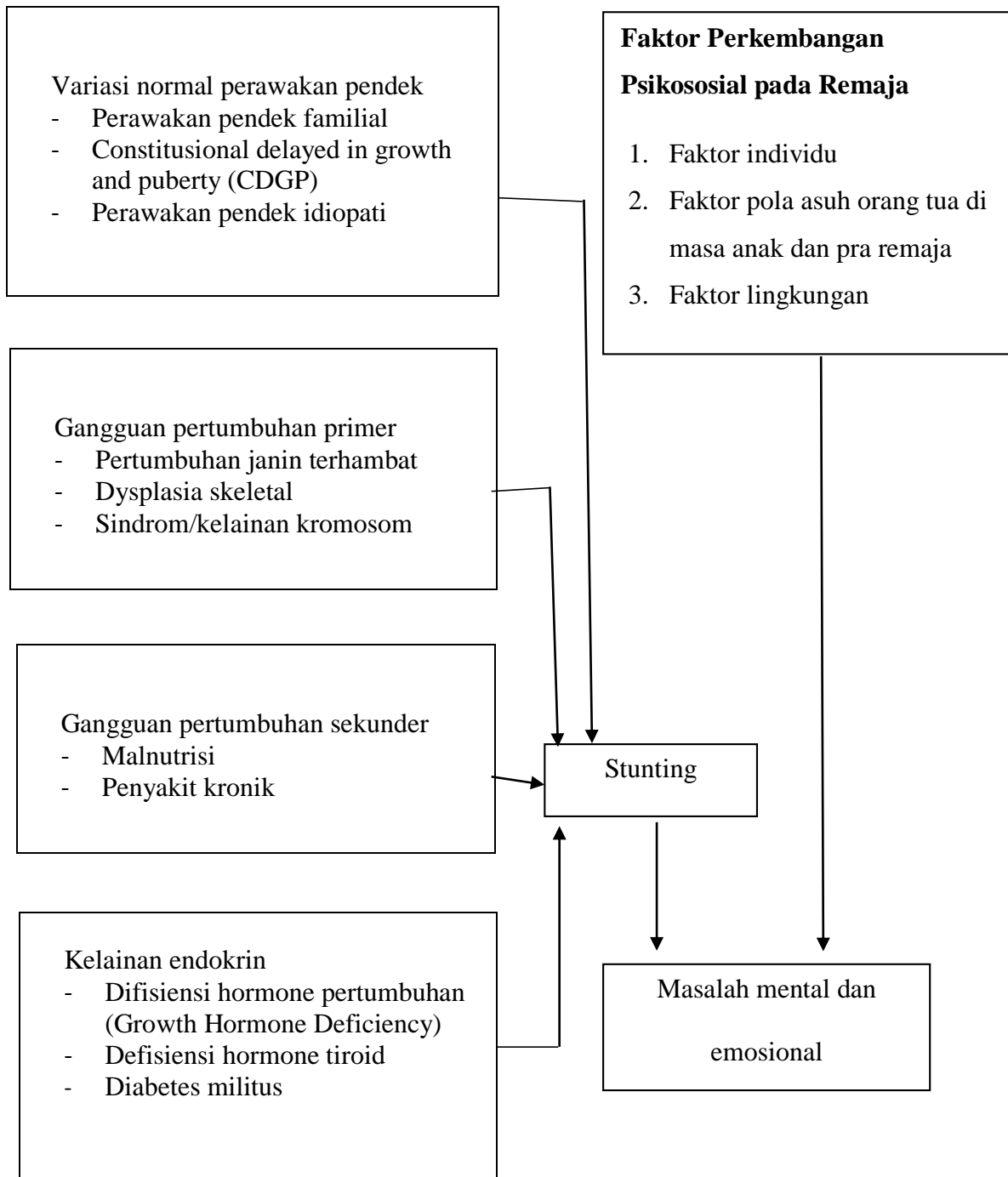
Interpretasi skor adalah sebagai berikut:

Tabel 2. Interpretasi Skor SDQ dikutip dari : Workshop CPD III tahun 2010.

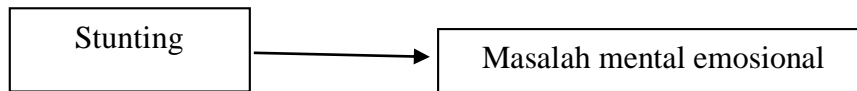
Pengisian sendiri	Normal	Borderline	Abnormal
Total skor kesulitan	0-15	16-19	20-40
skor gejala emosional	0-5	6	7-10
Skor masalah perilaku	0-3	4	5-10
Skor hiperaktivitas	0-5	6	7-10
skor hubungan dengan teman sebaya	0-3	4-5	6-10
Skor perilaku prososial	6-10	5	0-4

Beberapa manfaat SDQ antara lain digunakan pelayanan kesehatan dan gangguan mental untuk menilai gangguan pada anak dan remaja, evaluasi sebelum dan sesudah intervensi, pengambilan data dasar epidemiologi atau pemetaan masalah remaja, alat bantu penelitian di bidang perkembangan, genetik, sosial, klinis dan pendidikan.¹⁸ SDQ juga dapat digunakan sebagai skrining gangguan tingkah laku pada suatu komunitas umum, sekolah maupun pasien anak.¹⁹ SDQ mempunyai sensitivitas sebesar 85% dan spesifisitas sebesar 80%.¹⁸ Dibandingkan instrumen lain dalam deteksi dini masalah mental emosional pada remaja SDQ lebih baik dalam mendeteksi gangguan hiperaktivitas, inatensi, mengenali masalah internalisasi dan eksternalisasi. Pencegahan dan penanganan masalah mental emosional secara tepat sejak dini diharapkan dapat membantu remaja untuk perkembangan yang lebih baik bagi masa depannya. Beberapa instrumen yang dapat digunakan untuk menjangkau masalah mental emosional adalah PSC, SDQ, CBCL, Children's Social Behavior Questionnaire (CSBQ) dan Computer Based Screening for Adolescent.^{18,19}

2.5 Kerangka Teori



2.6 Kerangka Konsep



2.7 Hipotesis

2.7.1 Hipotesis Mayor

Terdapat hubungan antara stunting dan non stunting dengan masalah mental dan emosional pada remaja

2.7.2 Hipotesis Minor

1. Mengetahui hubungan antara stunting dan non stunting dengan gejala emosional di SMP N 1 Bulakamba Brebes
2. Mengetahui hubungan stunting dan non stunting dengan masalah perilaku di SMP N 1 Bulakamba Brebes
3. Mengetahui hubungan stunting dan non stunting dengan hiperaktifitas di SMP N 1 Bulakamba Brebes
4. Mengetahui hubungan stunting dan non stunting dengan masalah hubungan antar teman sebaya di SMP N 1 Bulakamba Brebes
5. Mengetahui hubungan stunting dan non stunting dengan perilaku prososial di SMP N 1 Bulakamba Brebes